

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turmanº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoraria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e
diabetes da ESF II de Passo do Sobrado/RS**

Jesus Sotolongo Gomez

Pelotas, 2016

Jesus Sotolongo Gomez

Melhoraria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da ESF II de Passo do Sobrado/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Alexandra da Rosa Martins

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G633m Gomez, Jesus Sotolongo

Melhoraria da Atenção a Saúde das Pessoas com Hipertensão e Diabetes da ESF II de Passo do Sobrado/RS / Jesus Sotolongo Gomez; Alexandra da Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

75 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Martins, Alexandra da Rosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Quero agradecer a Universidade de Federal de Pelotas por proporcionar o desenvolvimento da Especialização em Saúde da Família, em especial à orientadora Alexandra da Rosa Martins e a enfermeira Josiane Kroth, por contribuir com o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, pois sem elas, não conseguiria finalizá-lo.

Resumo

GOMEZ SOTOLONGO, Jesus. **Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na ESF II de Passo do Sobrado/RS**. 2016. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As doenças cardiovasculares representam no Brasil a maior causa de morte. Nesse contexto, é necessário que as equipes de ESF utilizem de medidas de controle dos agravos e prevenção de riscos dessa população, uma vez que o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica também estão entre as primeiras causas de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013). Para tanto, considerou-se importante uma intervenção de doze semanas no programa de atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da ESF II de Passo do Sobrado/RS, com a implementação de ações nos eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público, que proporcionassem o aumento em 30% do número de pessoas acompanhadas no serviço com hipertensão e/ou diabetes, bem como a melhoria na qualidade do acompanhamento dessas pessoas. A ESF II atende uma população de aproximadamente 3000 pessoas, onde estima-se que residam 467 pessoas com hipertensão e 110 pessoas com diabetes. Nossos resultados foram positivos para o período, finalizamos o terceiro mês da intervenção com um total de 131 pessoas com hipertensão (28,7%) e 35 pessoas com diabetes (31%) cadastrados. Melhoramos a qualidade do atendimento, o acolhimento as pessoas com hipertensão e diabetes atendeu às diretrizes recomendadas pelo protocolo do Ministério da Saúde, seguindo o fluxo de atendimento, exame clínico adequado, solicitação de exames, prescrição de medicações da farmácia popular, orientações sobre alimentação saudável, tabagismo, atividade física e higiene bucal, além da melhoria da qualidade dos registros de cada pessoa cadastrada no programa. A intervenção propiciou que a equipe se capacitasse, e reorganizasse o processo de trabalho de forma a realizar uma intervenção de qualidade na atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, assim como, manter as demais atividades que já vinham sendo realizadas no serviço. A comunidade também se beneficiou com a intervenção, pois aumentou seu conhecimento sobre as duas doenças, os riscos, a importância do tratamento medicamentoso, como também das ações de promoção da saúde. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas pessoas acometidas pela hipertensão e pelo diabetes que ainda não fazem parte do programa, mas com a continuidade das ações, pretendemos melhorar nosso indicador de cobertura e atingir 100% de cobertura ao longo do ano.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

- Figura 1 Gráficos da proporção de Cobertura do programa de hipertensão e diabetes da ESF 2 de Passo do Sobrado/RS. 48
- Figura 2 Gráficos da proporção de pessoas com Hipertensão e diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo 50
- Figura 3 Gráficos da proporção de pessoas com hipertensão e diabetes faltosas as consultas com busca ativa. 53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	19
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	19
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística	38
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	54
5 Relatório da intervenção para gestores	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências	66
Anexos.	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

O presente volume trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. /UNASUS realizado pela Equipe de Saúde da Família II de Passo do Sobrado/RS, com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da ESF.

Está organizado em sete seções, sendo a primeira relacionada à Análise Situacional, que está dividida em três subitens: Situação da ASP/ESF no serviço, Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois itens referidos. Nessa seção apresentamos os resultados da análise da situação do serviço e das ações programáticas desenvolvidas na UBS. A segunda seção trata da Análise Estratégica que contempla o projeto de intervenção, com suas ações detalhadas. A terceira seção inclui o Relatório da Intervenção no qual apresentamos as atividades realizadas. A Avaliação da Intervenção está descrita na quarta seção do volume, na qual se apresenta os resultados, com a evolução dos indicadores durante os três meses de intervenção e a discussão. Na quinta seção encontramos o relatório para gestores e na sexta seção o relatório para a comunidade. No final, na sétima seção é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, a partir da vivência no curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Passo do Sobrado é habitado por aproximadamente 6.316 pessoas, sendo que 80 % moram na área rural e 20 % na área urbana, atendidos por duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF I e ESF II).

No momento contamos com o apoio do Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), onde temos o auxílio de uma psicóloga e uma assistente social. Ainda não contamos como NASF, pois aguardamos liberação da verba para a implantação. O horário de atendimento é das 8 da manhã até as 17 horas, após os atendimentos são realizados no Hospital Passo do Sobrado, conforme convenio com a prefeitura municipal. Casos mais graves são encaminhados para o Hospital São Sebastião Mártir de Venâncio Aires. Faço visitas domiciliares agendada.

Atualmente trabalho na Estratégia de Saúde da Família II, todos os dias de segunda a sexta-feira, situada na Av. Alberto Jacob #, 242, no centro de Passo do Sobrado. O prédio foi reformado recentemente, e conta com um consultório odontológico, com uma sala de triagem, uma sala de vacina, um ambulatório e uma sala para a Enfermeira realizar exames preventivos, sala de espera e recepção, tudo bem estruturado. Na mesma estrutura temos a Farmácia Básica Municipal e também a Secretaria de Saúde.

A localização é boa, fica na região central do município, onde a população realiza suas compras, próxima de bancos, da escola, da creche, da prefeitura e do comércio em geral. O acesso a portadores com deficiência e para idosos é adequado, possuímos rampas que facilitam o acesso e também barras de apoio em um dos banheiros. Sempre procuramos acolher toda a população, mesmo quando não há mais fichas para consulta, a equipe de enfermagem avalia e caso necessário, encaminha para atendimento e ou agenda conforme a necessidade. Os

programas estratégicos (puericultura, pré-natal) são realizados semanalmente por profissional capacitado - especialista.

Grande parte da população assistida pela ESF é composta por trabalhadores rurais, a qual me olha com agrado e tenho boa relação. A demanda nessa época é por problemas relacionados ao trabalho repetitivo na cultura do tabaco. Outra grande procura pelo serviço é por gastroenterites, acidentes com animais peçonhentos e acidentes de trabalho. No período do inverno a procura é maior devido as infecções respiratórias, novamente acidentes de trabalho, principalmente com moto serra e facão, muito usado pela população do interior devido corte de madeira para secagem do tabaco.

Durante o atendimento a algumas urgências como acidentes de trabalho, comum na cidade devido atividades na área da agricultura e pecuária, nos deparamos com um número de pessoas com o quadro vacinal incompleto, principalmente relacionado à vacina contra difteria e tétano. Muitos fizeram há anos e não realizaram o reforço no tempo oportuno. Vendo a necessidade de fazer algo a fim de reduzir o número de atendimentos a pacientes sem a vacinação adequada, estamos providenciando uma campanha de atualização da carteira de vacinação dos adultos. A imunização é uma das medidas mais importantes na prevenção de doenças infecciosas evitáveis. Através dela conseguimos diminuir significativamente a mortalidade no Brasil e no mundo. Ela representa o procedimento de menor custo e maior efetividade, que garante a promoção e a proteção da saúde em indivíduos vacinados.

O atendimento a criança é prioritário no primeiro ano de vida, mas não tem seguimento para demais anos. Temos um pediatra que realiza as ações de atenção a saúde da criança.

É competência tanto do médico quanto da enfermeira em realizar consultas de pré-natal. Atualmente a secretaria de saúde conta com o apoio de um médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia, ele realiza consultas, planejamento, tratamentos e acompanhamento para as mulheres que assim necessitarem, no momento é ele também que realiza o pré-natal no município de Passo do Sobrado. Anteriormente era realizado pelo médico clínico geral com o apoio da enfermeira. Durante o acompanhamento gestacional, constatado algum fator de risco, a paciente é encaminhada para o serviço referenciado de pré-natal de alto risco. No momento

estamos referenciando para o Hospital Presidente Vargas em Porto Alegre, que fica aproximadamente 162 km de Passo do Sobrado.

Atendemos também muitos idosos e pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Um dos grandes desafios da saúde de Passo do Sobrado é a questão de ser o único serviço de atendimento SUS à população durante o dia, muitas vezes acaba atrapalhando o fluxograma de atendimentos, superlotando os profissionais com várias tarefas diferenciadas no dia. A nossa esperança é que um dia poderemos atender a população da área de abrangência sem intercorrências emergenciais, isso depende da competência do gestor municipal em avaliar a importância que tem para o município a criação de outra unidade que dê suporte as Estratégias de Saúde da Família durante suas atividades. Muitas vezes nos deparamos com a necessidade de interromper as reuniões de equipe para realizar atendimento à população, também de realizar atendimento de urgência a qualquer hora do dia devido à falta de suporte para este tipo de serviço.

Os profissionais da ESF têm grande importância nas estratégias de controle da hipertensão arterial, diabetes e demais agravos, através do diagnóstico clínico precoce, e orientações que promovam a saúde e previnam as doenças.

Se todos os profissionais da atenção básica, juntos, trabalharem na prestação de serviços de promoção, prevenção, recuperação e cura, e também se houver apoio da gestão federal, estadual e municipal para investir em capacitações e também reconhecer financeiramente os profissionais que trabalham na Atenção Básica, poderá melhorar ainda mais a qualidade da assistência.

Considerando todas as informações acima citadas, o trabalho em equipe é fundamental para resolutividade das ações em saúde. Sonhamos um dia atender somente a atenção primária para desenvolver mais ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes como a hipertensão arterial sistêmica, mas para isso precisamos contar com um serviço de suporte vinculado ao sistema único de saúde para atender a população necessitada e melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas na ESF.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Passo do Sobrado possui aproximadamente 6.000 habitantes, sendo que 80% moram em área rural e 20% área urbana, onde 60% são do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O município conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mista, com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), além dos profissionais que realizam atendimento ginecológico, pediátrico, psicológico, nutricional, assistência social, farmacêutico e odontológico. Cada equipe de ESF conta com sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista e atende em torno de 3.000 usuários, através de consultas agendadas em torno de 5%, e demanda espontânea que ocupa e 95% das consultas médicas, assim como realiza visitas domiciliares. A secretaria de saúde encontra-se no mesmo complexo das ESF, assim como a farmácia municipal.

No momento contamos com o apoio do Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB), onde temos o auxílio de uma psicóloga e uma assistente social com carga horária de 20 horas semanais. Conforme informações prestadas pela Secretaria de Saúde, o NASF está cadastrado no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, aguardando liberação da verba para iniciar seus trabalhos. Não contamos com o serviço de Centro de Especialidades Odontológicas. Os usuários com casos mais graves de saúde são encaminhados para o Hospital São Sebastião Mártir em Venâncio Aires no qual disponibiliza exames complementares. Atualmente o Hospital Passo do Sobrado encontra-se fechado, existe o serviço de ecografia locado no antigo hospital. Não dispomos de exames complementares como Raio X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Mamografia no município, realizamos encaminhamentos pelo SUS aos municípios vizinhos. Existem dois laboratórios de análises clínicas, somente um credenciado pelo SUS.

A UBS está localizada na Avenida Alberto Jacobnº 242 no centro, mas também atende a população rural, sendo uma UBS mista, onde todos os procedimentos realizados são prestados pelo SUS. A UBS tem vínculo com a Universidade de Santa Cruz do Sul, onde prestam serviços de especialidades como dermatologista, cardiologista, pneumologista, entre outros.

Nossa UBS foi ampliada para oferecer melhor qualidade no serviço, tal estrutura centralizou o atendimento ginecológico, pediátrico, psicólogo, nutricional,

assistência social e farmácia. A área conta com boa iluminação e ventilação, não possui barreiras arquitetônicas, existem salas de espera, com cadeiras bem cômodas e confortáveis, além disso, todos os equipamentos são novos.

Em relação às atribuições da equipe, realizamos o acolhimento a todos os usuários e as pessoas que realmente necessitam são encaminhadas pela enfermagem para atendimento médico. As demais pessoas são agendadas para consulta durante a semana. Desenvolvemos ações de tratamento, reabilitação, prevenção e promoção da saúde. As atividades são realizadas de acordo com a competência profissional de cada um. Nossa equipe não pode dar um seguimento adequado aos grupos de idosos, hipertensos e/odiabéticos, já que não se segue um protocolo prático e nacional para eles, mais já estamos criando estratégias para atualizar e dinamizar tais grupos, este projeto de intervenção servira para melhorar o atendimento dos grupos de hipertenso e diabético e será um exemplo para outros grupos (idoso, pré-natal, câncer de colo de útero e mama) que também precisam de um protocolo.

Para realizar a análise situacional, o curso de especialização disponibilizou um Caderno de Ações Programáticas (CAP), onde a equipe de ESF poderia preencher os dados referentes a cada ação programática realizada na UBS, e verificar os resultados dos indicadores de cobertura e de qualidade. Como não temos registros específicos, não tivemos dados suficientes para preencher o caderno. Não tínhamos condições de revisar os prontuários, assim, nas ações programáticas realizadas pela equipe de ESF, calculamos o número de atendimentos realizados (em uma semana típica de atendimento), e multiplicamos por quatro para ter uma estimativa do número de usuários atendidos no mês.

Quanto ao atendimento á criança, geralmente é feito por um médico pediatra, que atende duas vezes por semana. Ele faz consultas de puericultura e seguimento. As consultas são bem estruturadas, programadas e agendadas. Porém, não temos um registro específico de monitoramento. A criança somente é atendida pelo médico da equipe de ESF, quando há a falta do pediatra ou quando ele está em férias. Em minha opinião, o serviço de atendimento a criança é bom, são atendidos mensalmente em torno de 100 crianças, mas muitos pontos devem ser melhorados, como o aumento da frequência semanal e implementação de atividades de educação em saúde que favoreçam as crianças, tanto na parte física quanto mental. Deve-se também criar um registro específico da criança para o monitoramento e

estimular a realização da puericultura para todas as crianças até 72 meses. Algo positivo a destacar é que a mortalidade infantil fica abaixo da média nacional, mas a equipe de ESF não tem controle sobre essa ação programática.

O atendimento as gestantes e puérperas é realizado por um médico ginecologista, que atende duas vezes por semana em torno de oito gestantes e puérpera duas, (dados da última semana), totalizando ao mês 32 gestantes e 8puérperas. As consultas são agendadas, mas muitas gestantes faltam às consultas. Não existe um manual ou protocolo técnico implantado, assim como não existe registros específicos das ações de saúde. Todas as consultas são registradas no cartão da gestante e no prontuário da paciente, mas nem sempre esses registros apresentam qualidade. São realizadas poucas atividades educativas. Podemos citar como um ponto positivo a vacinação e a morte materna que não existiu no ano passado. O atendimento às gestantes e puérperas somente é realizado pela equipe de ESF no caso da atualização do esquema vacinal, ou quando há a falta do especialista na UBS ou nas suas férias.

Em relação ao controle do câncer de colo de útero, ele é realizado na ESF três vezes na semana, totalizando aproximadamente 48 coletas mensais, com um prévio agendamento, sendo que se a paciente não quer realizar seu exame citológico no seu ESF, pode realizá-lo com um médico particular, contando com um desconto na consulta com médicos que mantêm convênio com o posto de saúde, desde que apresentem a requisição da secretaria de saúde. O que chama a atenção é que as mulheres vêm até a UBS agendar sua consulta por sua própria iniciativa. Existe um protocolo e um manual técnico, além de um registro específico, mas sem um monitoramento regular. Os casos positivos são remetidos a consultas com especialistas. Com relação ao controle do câncer de mama, as pacientes podem realizar o exame pelo SUS e elas também vem por sua própria iniciativa. Não existe um protocolo e um manual técnico, e também não temos um registro específico, assim não sabemos quantas mamografias são solicitadas por semana. Os casos positivos são encaminhados para especialistas. Em minha opinião, existem poucas ações educativas e falta um método eficaz de captação a tempo para a realização dos exames.

Em relação às pessoas com hipertensão e diabetes não existe nenhum protocolo técnico em pratica, não existe um retorno para consulta programática continuada. Os mesmos só procuram consulta quando estão doentes e necessitam

de remédios. Atendemos aproximadamente 28 hipertensos no mês, o que é muito pouco em relação a população estimada. Quanto aos diabéticos, atendemos em torno de 20 pessoas no mês. Acreditamos que existam mais pessoas com essas patologias, que ainda não foram rastreadas ou fazem seu acompanhamento em outro serviço de saúde.

Fica evidente que o acompanhamento a essas pessoas não está adequado, não tem qualidade, pois não existem registros específicos para monitoramento das ações, nem se realiza estratificação de risco cardiovascular e os exames não tem periodicidades. Também não se realizam atividades físicas, culturais, educativas, não se fala em orientação nutricional para alimentação saudável e a importância da atividade física. Poucos hipertensos e diabéticos recebem avaliação da saúde bucal.

É necessário mobilizar a equipe para melhorar o atendimento a essas pessoas, realizando as ações estabelecidas conforme o protocolo do Ministério da Saúde e principalmente realizar os registros de forma adequada. Varias ações deveriam ser realizadas como atividades em grupo, abordando temas como medidas preventivas e também sobre a importância do controle da Pressão Arterial. Agendar consultas para acompanhamento e avaliação das medidas: glicemia, percentil abdominal, índice de massa corpórea, pressão arterial e peso, para controle da doença e redução do agravamento.

Os profissionais da ESF têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial e do diabetes através do diagnóstico clínico precoce, e da informação a população, sobre a importância de mudar o estilo de vida por hábitos saudáveis, realizar uma alimentação equilibrada, diminuir níveis de stress, realizar atividades físicas, controlar o peso, ajudar na cessação do tabaco e álcool através da educação em saúde, reduzindo, assim, o risco de exposição.

Em relação aos idosos no qual abrangem aproximadamente 20% da população, não apresentam ações de saúde bem estruturadas, não seguem um protocolo técnico, e não possuem registro específico para o monitoramento de ações de saúde realizadas, os registros são feitos no prontuário do usuário. A maioria dos idosos procura atendimento quando fica doente ou apresentam algum mal. Em relação à esta ação programática, dispomos de atendimento preferencial para esta faixa etária, além de visitas domiciliares para os mais necessitados.

Acreditamos que a cobertura dessa população esteja boa, pois normalmente, em uma semana atendemos em torno de 28 idosos, o que daria 112

em um mês. O que fica a desejar é a qualidade da atenção prestada, pois dos atendidos, nenhum idoso possui a caderneta da pessoa idosa, nenhum está com avaliação de saúde bucal em dia, nenhum recebeu avaliação multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade e também não foram avaliados quanto aos indicadores de fragilização da velhice. Poucos receberam orientações quanto a importância da prática de atividade física e alimentação saudável. Essa ação programática também necessita ser melhorada.

Enfim, podemos observar que no município do Passo do Sobrado existem profissionais mais preparados e outros menos, e que a mudança no processo de trabalho é necessária, visando uma assistência adequada e precoce, objetivando o aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes com risco de vida e minimização das possíveis sequelas, em busca do bem-estar do paciente.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma análise comparativa entre o texto inicial e o relatório da análise situacional percebe-se que ainda não conhecia a real situação da ESF, e imaginava que as ações eram bem organizadas. Quando fui preencher os questionários e quando não tive dados para preencher o CAP, ficou evidente as fragilidades da UBS, e a importância de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no serviço. As ações não estão sendo realizadas como deveriam, não seguem protocolos, a atenção às crianças e pré-natal funcionam da mesma maneira, o pediatra e o ginecologista atendem duas vezes por semana, e um protocolo muito pessoal. Outras ações programáticas também possuem problemas, não seguem os protocolos do Ministério da Saúde e não possuem registros. Acredito que mudanças são necessárias, tanto nos processos de trabalho como no administrativo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Atualmente no Brasil as doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte, o que demonstra a importância de medidas de controle dos agravos e prevenção de risco dessa população (BRASIL, 2006). A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são problemas sérios de saúde pública no Brasil como no mundo, pois a carga de doenças representada pela morbimortalidade em virtude dessas doenças é muito alta. Para modificar essa realidade, as equipes da Atenção Básica devem realizar estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento, e controle dessas doenças. Para que isso ocorra é necessário que haja reorganização dos processos de trabalho, e modificação das práticas profissionais, em prol da melhoria da atenção as pessoas com hipertensão e Diabetes (BRASIL, 2013).

A USF II foi inaugurada há 6 meses, possui uma boa estrutura física, que contempla uma recepção onde se encontra os arquivos com prontuários, consultório médico, consultório odontológico, sala de vacinas, sala para realizar ECG, ambulatório para procedimentos e curativos, sala de enfermagem com sanitário, dois banheiros para os usuários e para deficientes, dois para os funcionários, cozinha, depósito para o material de limpeza e para o lixo e sala de esterilização. Nesta equipe trabalham um médico, uma enfermeira, dos auxiliar de enfermagem, um odontologista , uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais e limpeza, que atende uma área com aproximadamente 3000 pessoas.

Estima-se que nosso município possui 467 pessoas com hipertensão e 110 pessoas com diabetes. Até o momento foram atendidas poucas pessoas com essas patologias, na qual vamos iniciar as consultas no posto do interior para que esses pacientes que não vão consultar na cidade, por não ter as condições, consultem-se

mais perto de sua casa. Não possuímos registros específicos, e os prontuários estão com registros incompletos. Não trabalhamos com agendamento. A maioria das pessoas não tem estratificação de risco cardiovascular, porque não se tem um correto acompanhamento e muitos não realizam atividade física. Muitas pessoas atendidas deixam de tomar a medicação prescrita porque se sentem bem, ou porque medem sua pressão e as cifras estão normais e também possuem sérios problemas na alimentação.

Estes problemas citados acima levaram a equipe a escolher esse foco e a se movimentar, antecipando a realização de algumas ações. Com ajuda da equipe e dos agentes de saúde se formaram os grupos de Hipertensão e Diabetes por comunidades, para receber atendimento multifatorial com melhor qualidade. Já foi contratada uma professora de atividades física para realizar atividades com cada grupo, objetivando combater o sedentarismo. A nutricionista já está incorporada ao grupo, para a educação nutricional e para acompanhamento das consultas de cada pessoa, porque o principal fator de risco de nosso município é a obesidade. Temos também a participação da nossa psicóloga, nos ajudando com os usuários de álcool e também nas palestras de educação e promoção de saúde. Pensamos disponibilizar dia específico para cada grupo formado, para a procura dos medicamentos, para ter melhor controle dos pacientes e saber se estão tomando corretamente as medicações prescritas.

Pensamos que o trabalho de cadastramento da população realizado pelos ACS deveria acontecer de uma forma mais rápida para lograr nosso objetivo de identificar toda a população com essas doenças. Devemos educar a população de forma individual e coletiva, para que eles entendam a importância do rastreamento, do acompanhamento clínico e da prevenção de complicações, para que trabalhem junto da equipe na conscientização da necessidade de mudanças nos estilos e qualidade de vida. Temos muitas expectativas com a intervenção e, de fato, a mobilização para a execução deste projeto proporcionou o engajamento de todos os profissionais de saúde junto às autoridades do município, para que juntos possamos melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da ESF II de Passo do Sobrado.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da ESF II de Passo do Sobrado/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Objetivo3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100%das pessoas com diabetes.

Meta 6.7Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvidos no período de 12 semanas. Contamos com uma população de aproximadamente 3000 pessoas, com uma estimativa retirada da Planilha de coleta de dados de 467 pessoas com hipertensão e 110 pessoas com diabetes. Participarão da intervenção todas as pessoas com hipertensão e diabetes maiores de 20 anos de idade, cadastradas na ação programática de atenção a pessoas com hipertensão e diabetes pertencentes à área de abrangência da ESF II. Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, que serão descritas a seguir.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS. O monitoramento será realizado através da revisão semanal das fichas de registro (fichas espelho) dos usuários. Os dados contidos nestes registros serão

transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Esta ação será realizada pela enfermeira e médico.

Organização e Gestão do Serviço

Garantir o registro das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa. Para registrar as diversas ações direcionadas aos usuários com hipertensão e diabetes, utilizaremos o modelo de fichas espelho disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Melhorar o acolhimento para as pessoas com hipertensão e diabetes. Para realizar essa ação, aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por agendamento e demanda espontânea para os pacientes desse grupo de risco em todos os dias da semana.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicoteste na unidade de saúde. Para tanto, agendaremos entrevista com o gestor de saúde para disponibilizar recursos necessários à aquisição dos equipamentos, além de promover o cuidado e manutenção dos mesmos.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Para realizar essas ações, contaremos com o trabalho dos ACS, realizaremos palestras educacionais para a comunidade, que se efetuará por micro áreas, utilizaremos cartazes e/ou banners afixados na Estratégia de Saúde da Família.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde. A capacitação será realizada nas semanas anteriores ao início da intervenção, nas sextas-feiras às 16 horas e será coordenada pelo médico e enfermeira, onde irão orientar como fazer o cadastro adequado e completo.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização de teste em adultos com Pressão Arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. O médico e a enfermeira revisarão junto com as técnicas de enfermagem as formas adequadas de aferição da PA, assim como a realização do hemoglicoteste. Essa ação será realizada nas sextas-feiras após as 17 horas.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado e a solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes. O monitoramento será realizado através da revisão semanal das fichas espelho.

Monitorar as pessoas com hipertensão e diabetes que necessitam de atendimento odontológico

Para o monitoramento revisaremos semanalmente todos os registros (fichas espelho) desses pacientes, a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e os indicadores serão avaliados mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão e diabetes, organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que o documento define das atividades profissionais.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. O médico será responsável por essa ação, que será realizada nas sextas-feiras, após as 17 horas.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Nas sextas-feiras, às 16 horas, será realizada a capacitação, atualização e obtenção de dados solicitados em reunião anterior, aos ACS. Após as 17 horas, os demais profissionais da equipe receberão atualização.

Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. O médico responsável irá disponibilizar o protocolo atualizado e providenciará a impressão para cada integrante da equipe da UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10 g para exame dos pés. Solicitar a gestão de recursos, o material necessário para o exame do pé diabético.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares. Cada semana, através da reunião com os Agentes Comunitários de Saúde, agendaremos as pessoas provenientes das buscas.

Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. Cada pessoa

encaminhada à avaliação de especialista levará um formulário específico, para que o especialista possa anotar avaliação clínica do mesmo e condutas.

Garantir a solicitação dos exames complementares e agilidade para a realização dos mesmos frente ao gestor municipal. Reunirei as orientações do protocolo adotado para argumentar junto ao gestor a importância desses exames, explicando como isso melhora o planejamento e os gastos com a saúde a longo prazo. Assim, pediremos a gestão que assegure uma cota de exames específicos as pessoas com hipertensão e diabetes.

Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados. Buscaremos as referências do protocolo de limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: será feita revisão semanal dos estoques pela enfermeira coordenadora.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na unidade de saúde. Faremos o registro da medicação utilizada pela pessoa, tanto na ficha de registro (ficha espelho), como também no prontuário clínico da pessoa.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes. Toda pessoa acometida por essas patologias terá avaliação odontológica na UBS, através de horário previamente agendado.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes, provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Durante as reuniões de equipe, os ACS serão orientados para agendar consultas odontológicas dessas pessoas.

Engajamento Público

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequadas, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e também sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Realizaremos essas

orientações por meio de palestras, anúncios, cartazes, banners, nas micro áreas da UBS. Todas as segundas-feiras, antes do início de expediente, a equipe discursará orientações sobre hipertensão e diabetes às pessoas que aguardam pelo atendimento na sala de espera.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares conforme protocolo, e também sobre o exame apropriado dos pés. O médico da equipe realizará a capacitação durante as reuniões de equipe, seguindo os protocolos do Ministério da saúde.

Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes. Revisaremos todas as atualizações no tratamento dessas doenças a partir da contribuição de cada membro da equipe em reunião nas sextas-feiras.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Para isso uniformizaremos o discurso da equipe de saúde, buscando sempre lembrar o paciente sobre a disponibilidade de medicações através desses incentivos do governo.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes. Em todas as reuniões semanais de equipe, será realizada a capacitação.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Revisaremos os registros (ficha espelho) mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Teremos uma lista de visitas priorizando o atendimento das pessoas faltosas juntamente com as pessoas com estado de saúde mais graves. Esta lista será elaborada pelo médico e enfermeira. As visitas domiciliares serão realizadas nas terças-feiras a tarde pela equipe de saúde.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares. Reservaremos horários de atendimento especiais para essas pessoas faltosas, horários que facilitem a sua vinda.

Engajamento Público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Faremos orientações em sala de espera e palestras sobre a importância das consultas eletivas, e não apenas por queixas agudas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Os ACS serão capacitados para acolher as sugestões da população em relação ao tratamento e condutas as pessoas faltosas.

Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Realizaremos tais informações em todas as consultas e também através de palestras.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Reforçaremos em reunião semanal de equipe a importância desse reforço feito pelos ACS.

Objetivo 4 . Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde. Solicitaremos em reunião de equipe que todos os profissionais façam registros completos e adequados, explicando que isso melhora o atendimento do paciente e ainda facilita o atendimento pelos diferentes profissionais da saúde. Vamos também revisar todos os registros semanalmente e verificar a falta de algum dado, para logo que possível, completar a ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas. Toda a sexta-feira, a enfermeira coordenadora realizará a atualização as informações no programa.

Implantar planilha/registro específico (ficha espelho) de acompanhamento. Faremos uso do modelo de registro (ficha espelho) disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPE, para tal registro. O médico responsável pela intervenção providenciará a impressão das fichas em número suficiente para a realização do trabalho.

Pactuar com a equipe o registro das informações. Durante as reuniões de equipe, o médico responsável unificará o registro de informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros. O médico da equipe ficará responsável por essa ação.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Usaremos a forma de registro já desenvolvida previamente pelo curso de especialização e, se necessário, melhoraremos a mesma.

Engajamento Público

Orientar as pessoas com hipertensão e /ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Realizaremos essas informações durante os atendimentos, através de palestras e entrega de folders.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa com hipertensão e diabetes e capacitar para o registro adequado. Traremos a nova forma de registro na reunião de equipe; revisaremos

cada item; discutiremos sua importância e a forma de preenchimento, de forma a ser compreensível por todos.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O médico irá revisar os registros (fichas espelho) mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda. Destacaremos os registros das pessoas de maior risco, e disponibilizaremos horários mais flexíveis para a vinda mais frequente destes usuários.

Engajamento Público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Dedicaremos tempo em todas as consultas a esses pacientes (mesmo quando por queixas agudas não relacionadas a patologia) a repassar todas essas medidas. Também discutiremos o assunto em sala de espera com todos os usuários que procuram o serviço.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, lembrando-se da importância do registro desta avaliação. Discutiremos em reunião de equipe o escore de Framingham, ensinaremos a todos como fazer e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada paciente.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Discutiremos em equipe sobre todas as medidas comportamentais que podem ser úteis para esses pacientes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientações individuais de higiene bucal, nutricional e de atividade física regular e sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Para monitorar essas orientações, revisaremos mensalmente os registros desses pacientes e buscaremos ativamente os que estiverem com seu acompanhamento incompleto.

Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, através de palestras e discurso aos pacientes que procuram os serviços de saúde, em sala de espera. Solicitar a nutricionista da UBS, uma parceria nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Solicitaremos aos ACS parceria para conduzir um grupo de caminhada.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: Solicitaremos e explicaremos a importância desse profissional no sucesso do tratamento das pessoas com hipertensão e diabetes.

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Conversaremos sobre a importância desse programa.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Realizaremos as orientações durante o atendimento individual, abordando a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, higiene bucal e malefícios do fumo.

Engajamento Público

Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes, como também a importância da prática de atividade física regular, da higiene bucal e também sobre a existência de tratamento para o abandono do tabagismo. Realizaremos as orientações durante os atendimentos individuais e coletivamente através de palestras na sala de espera.

Qualificação da Prática Clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento para o abandono do tabaco. As capacitações serão realizadas antes do início da intervenção, nas sextas-feiras durante a reunião de equipe e serão coordenadas pelo médico.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 2.8. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicadores 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus da USF II de Passo do Sobrado, onde nos propusemos cadastrar 30% das pessoas com hipertensão e /ou diabetes, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 36 de diabetes mellitus e o número 37 de hipertensão arterial, do ano 2013. Estes cadernos já se encontram disponíveis na UBS, e deixaremos o volume original no consultório médico e uma cópia do volume na sala de reuniões, assim todos os profissionais terão acesso a consulta, caso haja necessidade.

Como não possuíamos registros específicos para essa ação programática, vamos utilizar o modelo de ficha espelho disponível pelo curso de Especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas. Essa ficha apresenta dados pessoais, assim como informações da saúde da pessoa. Para facilitar o acesso de toda equipe a essas fichas, utilizaremos um arquivo específico para guardá-las, que ficará na recepção. Utilizaremos uma Planilha eletrônica de Coleta de Dados (PCD) também disponibilizada pelo curso, que será alimentada com os dados contidos na ficha espelho. Essa planilha apresentará os resultados dos indicadores. Inicialmente solicitamos 250 cópias da ficha espelho para a secretaria de saúde e a medida que as fichas foram sendo utilizadas solicitaremos novas cópias.

Em nosso projeto serão envolvidos ACS, enfermeira, técnico de enfermagem, médico, equipe de odontologia, líderes comunitários, comunidade e gestor municipal, cada qual com atribuições diferentes. Primeiramente, discutiu-se com a equipe de saúde as funções de cada membro, logo foi programada a capacitação da equipe sobre o manual técnico do Ministério da Saúde. A capacitação vai ter início antes do início da intervenção, mas deixaremos agendados dois dias de reunião, após o início da intervenção, para a discussão sobre dúvidas que possam surgir nas primeiras semanas. As capacitações devem ocorrer semanalmente na UBS, no horário da reunião de equipe, no turno da tarde (das 16 às 17 horas). A capacitação consistirá na leitura e discussão do manual, onde cada membro exporá sua opinião levantando discussão crítica sobre o mesmo.

Os ACS ficarão responsáveis por identificar as pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS já diagnosticadas e convidar a população a comparecer a UBS para realizar o rastreio, e também ficarão responsáveis por trazer informações como: dados pessoais e orientações de saúde que eles tenham realizado, tempo da doença, medicamentos em uso, antecedentes familiares, realização de atividade física, cuidado dos pés e unhas. Estas informações serão recebidas pela enfermeira para logo preencher o registro específico (ficha espelho), que terá também informações tais como peso, altura, IMC, circunferência abdominal, risco cardiovascular, presença de lesões em membros inferiores, exames laboratoriais e outras informações. Devemos deixar bem claro que mesmo com a ficha espelho preenchida, essas pessoas somente serão cadastradas no programa a medida que passarem pelo atendimento clínico. As fichas espelhos de cada paciente também serão complementadas com os dados obtidos do prontuário clínico e durante as consultas médicas e/ou atendimentos de enfermagem.

O monitoramento será realizado no final de cada semana, através da revisão da ficha espelho, e os dados contidos nas fichas, serão transcritos para a PCD, que vai gerar automaticamente os resultados dos indicadores. Esses resultados serão avaliados ao final de cada mês. A enfermeira ficará responsável pela revisão semanal das fichas. O médico responsável pela intervenção realizará a transcrição dos dados para a PCD. A equipe de ESF (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) ficará responsável pela avaliação mensal da intervenção.

Como já citei anteriormente, semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho, identificando aquelas pessoas que estão com consultas, exames

clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O ACS fará busca ativa de todas as pessoas em atraso e já agendará a pessoa para o horário de sua conveniência.

A equipe organizará a agenda de trabalho de forma a colher os agendados, assim, como o atendimento de demanda espontânea. A equipe de enfermagem ficará responsável por acolher as pessoas com hipertensão e diabetes que chegarem ao serviço, avaliando a necessidade de atendimento no mesmo dia, ou realizando o agendamento durante a semana vigente. Na medida em que as pessoas com hipertensão e diabetes chegarem a nossa UBS para qualquer atendimento, a recepcionista já capacitada em suas ações preencherá dados pessoais sobre a pessoa, utilizando documentos de identificação e endereço, e em seguida passará o prontuário da família para a equipe de enfermagem, onde a mesma continuará alimentando a ficha espelho com os dados disponíveis, com base nos registros existentes no prontuário da família. Após, o médico da equipe fará a avaliação clínica, que inclui avaliação de risco, orientação sobre dieta, exercícios, medicamentos, solicitação de exames e referencia, agendará consulta para o odontologista, que atende todos os dias de segunda a sexta. O médico agendará uma consulta de retorno para as pessoas com hipertensão e diabetes, após realizar exames laboratoriais (serão priorizados).

Todos os profissionais que realizarem atendimentos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, ficarão responsáveis por registrar as ações realizadas na ficha espelho dessa pessoa.

Para a realização das ações de engajamento público, vamos nos reunir com os líderes comunitários, para agendar essa reunião, contaremos com a ajuda dos agentes comunitários. Solicitaremos aos líderes comunitários, um local para a realização das ações coletivas. O médico e a enfermeira ficarão responsáveis por organizar as palestras na comunidade, que serão realizadas uma vez por semana nas três micro áreas. As ações de promoção da saúde também serão desenvolvidas individualmente durante o atendimento clínico como também na sala de espera todas as segundas-feiras no início do turno. Solicitaremos ao gestor a responsabilização pela manutenção dos materiais necessários para o bom desenvolvimento de nossa intervenção. As demais ações programáticas continuarão sendo desenvolvidas no decorrer da intervenção.

Visita domiciliar aos acamados/dificuldade de locomoção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com gestor municipal	x			x				x					x
Estabelecimento do papel de cada um na intervenção	x												
Garantia do material a ser utilizado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Apresentação dos resultados a gestor				x				x					x

3 Relatório da Intervenção

A intervenção realizada na USF II de Passo do Sobrado teve uma duração de doze semanas, onde pretendíamos alcançar uma meta de cobertura de 30% neste período. Ao final dos três meses de intervenção conseguimos cadastrar 131 (28.7%) pessoas com hipertensão e 35 (31%) pessoas com diabetes. Foram realizadas diversas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e gestão do serviço, Qualificação da Prática Clínica e Engajamento Público que tiveram o objetivo de melhorar a atenção à saúde dessas pessoas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Iniciamos a intervenção organizando o serviço para melhor acolher essas pessoas. Organizamos a agenda da melhor forma possível, para dar assistência a todas as ações programáticas, e demais atividades exercidas pela equipe. Providenciamos cópia do Protocolo utilizado na intervenção e deixamos a disposição a todos da equipe.

Tentamos garantimos com o gestor, após entrevista com o mesmo, o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), hemoglicoteste e manutenção dos mesmos. Infelizmente não tivemos manutenção dos aparelhos que já possuíamos durante o período das 12 semanas de. Intervenção.

Solicitamos a secretaria de saúde cópias do modelo de ficha espelho, disponibilizada pelo curso de Especialização em saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, para registrar as ações realizadas e manter a pessoa cadastrada com monitoramento, que era feito através da revisão semanal das fichas de registro (fichas espelho) das pessoas cadastradas. Os dados contidos nas fichas eram transcritos para uma Planilha Eletrônica de Coleta de Dados (PCD) e avaliados

mensalmente. A PCD era enviada semanalmente para o curso de Especialização em Saúde da Família, para averiguação do correto preenchimento. Tivemos um pouco de dificuldade em alguns momentos com a impressão de cópias, devido a falta de recursos.

Foram realizadas ações de qualificação da prática clínica, ou seja, as capacitações dos profissionais, seguindo o cronograma do projeto, e de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Foram estabelecidas as atribuições de cada membro da equipe. Os profissionais foram treinados quanto ao funcionamento do programa e preenchimento adequado dos registros. Os ACS foram capacitados quanto às buscas dos faltosos, e os demais profissionais foram capacitados quanto aos procedimentos técnicos. O médico da equipe foi responsável por essa ação, realizada nas sextas-feiras, no final do expediente, com a participação de todos da UBS, ou de acordo com o tema específico para cada profissão.

Quanto às ações de promoção da saúde, foram realizadas individualmente, em todas as consultas, com orientações de higiene bucal, nutrição adequada, importância da atividade física regular, riscos do tabagismo. Realizamos o exame clínico apropriado em cada pessoa, o exame dos pés das pessoas com diabetes, embora não tenhamos o monofilamento 10g disponível no município, realizamos a verificação da estratificação de risco, além da solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Todas as pessoas cadastradas recebiam agendamento odontológico, porém, nem todas compareciam a consulta.

No final de cada semana, revisávamos todos os registros (fichas espelho) das pessoas cadastradas, a fim de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e suprir eventuais falhas ou registros inadequados, assegurando a qualidade dos registros.

Solicitamos em reunião de equipe a todos os profissionais, registros completos e adequados, explicando a importância dessa ação, para os diferentes profissionais da saúde, pois percebíamos que muitas vezes se deixava para completar o registro depois da consulta ou atendimento, acabava caindo no esquecimento e os dados ficavam incompletos.

Priorizamos o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda. Destacamos os

registros das pessoas de maior risco, e disponibilizamos horários mais flexíveis para a vinda mais frequente destes usuários (no turno da tarde).

Mantivemos um registro dos medicamentos utilizados das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS tanto na ficha de registro (ficha espelho), como também no prontuário clínico da pessoa. Organizamos a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes, e todas foram avaliadas pelo médico da equipe e encaminhadas para a odontologia, através de horário previamente agendado.

Estabelecemos sistemas de alerta quanto aos exames complementares preconizados. Buscamos as referências no protocolo, sobre os limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais, realizamos o tratamento e encaminhamentos quando necessário. Tivemos um pouco de dificuldade, pois nem todas as pessoas encaminhadas ao serviço de referência, retornaram com a contra referência.

A enfermeira coordenadora realizou controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos em revisão semanal dos medicamentos, além disso, realizamos um registro das medicações utilizadas e das necessidades de medicamentos das pessoas cadastradas na UBS.

Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos. Fizemos uma lista de visitas priorizando o atendimento aos faltosos, juntamente com os pacientes mais graves. Algumas visitas domiciliares foram realizadas nas terças-feiras e outras não puderam ser realizadas devido a falta de motorista para conduzir a equipe até os domicílios.

Realizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável e exercício físico através de encontros com as pessoas que procuram o serviço de saúde, em sala de espera. Solicitamos à nutricionista e ao educador físico da UBS, uma colaboração nesta atividade, que tiveram participação em duas oportunidades.

Quanto às ações de Engajamento Público, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e sobre a importância das consultas eletivas, e não apenas por queixas agudas.

Para realizar essas ações, contamos com o trabalho dos ACS, realizamos encontros educacionais com a comunidade, que se efetuaram nas micro áreas na sala de espera de nossa UBS. Utilizamos cartazes afixados na UBS e também nas micro áreas. Orientamos os indivíduos e comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequada, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e também sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Vale lembrar que as orientações foram realizadas de forma individual durante as consultas e coletivamente.

Nessas 12 semanas de intervenção fizemos um grande esforço para vencer dificuldades, como as comunicações, a falta de alguns materiais, a grande demanda que impedia a realização de um bom atendimento clínico, e dedicar o tempo necessário às pessoas cadastradas no programa. O envolvimento de todos os profissionais no projeto não foi tarefa fácil. A cota de exames específicos as pessoas com hipertensão e /ou diabetes era insuficiente frente a necessidade dos usuários, e as queixas dos participantes do programa eram frequentes em relação a essa ação. As visitas domiciliares também ficaram prejudicadas pela falta de motorista. As pessoas que precisavam de atendimento odontológico mais especializado, não conseguiam realizá-lo, devido a falta de recursos próprios, por não ser disponibilizado pela prefeitura.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas ações previstas no projeto foram realizadas na sua íntegra e outras de forma parcial, mas não deixaram de ser realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação ao preenchimento da ficha espelho não ocorreu nenhum problema, pois a equipe já estava preparada para preencher a mesma, somente às vezes, ficávamos sem o modelo oficial e escrevíamos a mão. A transcrição dos dados da ficha para a planilha de coleta de dados era realizada juntamente com a enfermeira da nossa equipe, semanalmente. Houve sim dificuldade para analisar os indicadores e gráficos gerados automaticamente pela PCD porque não entendi bem a maneira de trabalhar com os dados e pedi auxílio da orientadora, qual agradeço muito pela colaboração. Todos os dados informados foram realizados no computador da ESF.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Atualmente as ações estão incorporadas a rotina do serviço, mas garantir que elas tenham continuidade é algo extremamente difícil de afirmar. Mesmo que a equipe funcione relativamente bem e compreenda que essas ações são importantes para nosso trabalho, já que existem limitações como as econômicas, e falta de boa vontade por parte de alguns profissionais. Contudo, na medida do possível, realizamos as ações que temos governabilidade e esperamos bons resultados. Precisamos de gestores dignos, responsáveis, que lutem pela saúde do povo e de profissionais competentes que tenham vontade de trabalhar.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria a atenção da saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área adstrita à ESF2 de Passo Do Sobrado RS, onde estima-se 456 pessoas com hipertensão e 113 pessoas com diabetes , maiores de 20 anos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e /ou diabetes da ESF2 de Passo do Sobrado RS.

Meta 1. Cadastrar 30% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2. Cadastrar 30% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Em relação ao cadastramento, das 456 pessoas com hipertensão e das 113 pessoas com diabetes estimadas, conseguimos cadastrar no primeiro mês 28 (6.1%) pessoas com hipertensão e 6 (5.3) pessoas com diabetes. No segundo mês captamos 84 (18.4%) pessoas com hipertensão e 26 (23.0%) pessoas com diabetes. Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 131 (28.7%) pessoas com hipertensão cadastradas e 35 (31%) pessoas com diabetes cadastradas, chegando muito perto da meta estabelecida para a hipertensão e atingindo a meta para Diabetes (figura 1).

Os resultados apresentados se devem ao bom trabalho da equipe. Os grupos funcionaram como uma porta de entrada à unidade de saúde para muitas pessoas sem acompanhamento clínico adequado. Contamos ainda com a participação de outras pessoas que, sabendo sobre a ação que estava sendo desenvolvida na unidade, procuraram o serviço para acompanhamento, mesmo sem participar dos grupos. Tal ação nunca havia sido feita nessa comunidade, que se mostrou muito receptiva e interessada. Não podemos deixar de comentar, que durante a intervenção tivemos muitos feriados prolongados, diminuindo o tempo para atendimentos dispensados a população.

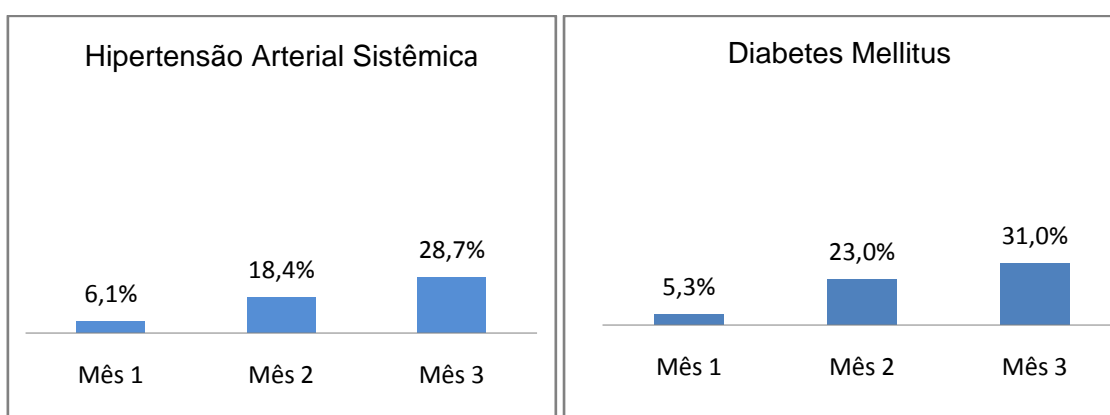


Figura 1. Gráficos da Cobertura do programa de hipertensão e diabetes da ESF 2 de Passo do Sobrado/RS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção, das 28 pessoas com hipertensão e das 6 pessoas com diabetes cadastradas, todas realizaram o exame clínico apropriado. No segundo mês, das 84 pessoas com hipertensão e das 26 pessoas com diabetes cadastradas, todas também realizaram o exame clínico apropriado e finalizamos o terceiro mês da mesma forma, com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35

peessoas com diabetes apresentando exame clínico apropriado realizado, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção.

Quando alguma pessoa dessa população alvo era atendida por queixa aguda, num caráter de ficha do dia, durante essas consultas fazíamos revisão clínica geral. Tal medida foi muito eficiente para a melhoria desses indicadores.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

No primeiro mês de intervenção, todas as 6 pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados. No segundo mês aconteceu da mesma forma, todas as 26 pessoas com diabetes estavam com seus pés examinados e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 35 pessoas com diabetes com exame dos pés realizados.

Além do exame clínico, também fazíamos o exame dos pés nas pessoas com diabetes, mesmo não contando com os micros filamentos necessários para fazer uma boa técnica, mesmo assim, em todos os três meses da intervenção, 100% das pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção nenhuma das 28 pessoas com hipertensão estavam com exames em dia, assim como as 6 pessoas com diabetes também não estavam. No segundo mês, das 84 pessoas com hipertensão somente 56 (66,7 %) estavam.

estavam com seus exames complementares em dia, e das 26 pessoas com diabetes, apenas 18 (69,2%) estavam com seus exames em dia. Houve um aumento desses números no terceiro mês, onde das 131 pessoas com hipertensão, 103 (78,3%) estavam com seus exames complementares em dia e das 35 pessoas com diabetes, 27 (77,1%) apresentavam seus exames complementares em dia (figura 2).

Infelizmente não conseguimos cumprir a meta, nossa principal dificuldade foi que não recebíamos com brevidade os resultados dos exames complementares, pela secretaria da saúde. Priorizamos os exames das pessoas com hipertensão e diabetes juntamente com a secretaria de saúde para cada mês, mas mesmo assim atrasavam.

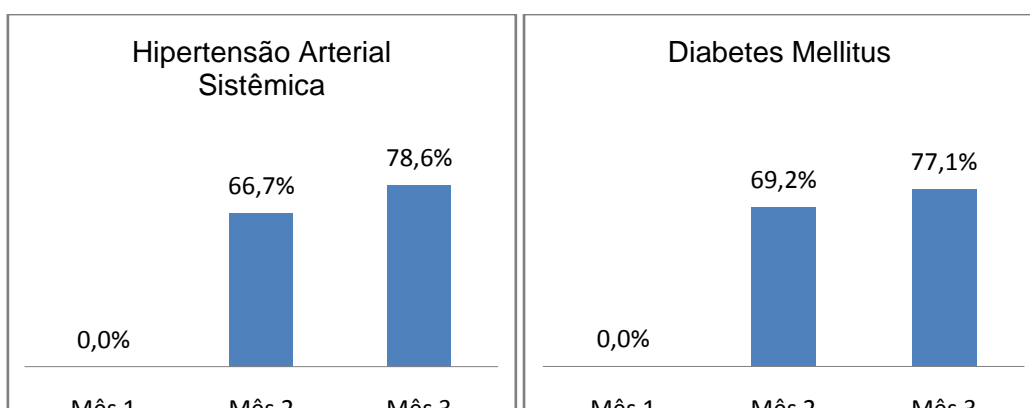


Figura 2. Gráficos da proporção de pessoas com Hipertensão e diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No primeiro mês de intervenção, todas as 28 pessoas com hipertensão e todas as 6 pessoas com diabetes cadastradas, receberam prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês, das 84 pessoas com hipertensão e das 26 pessoas com diabetes cadastradas, todas também

receberam prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e finalizamos o terceiro mês da mesma forma, com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes apresentando prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção.

Durante nosso acompanhamento procuramos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para que o fator financeiro não interferisse no tratamento a longo prazo. Nossa meta era de que 100% dos cadastrados tivessem prescrição integral de medicações disponíveis pela farmácia popular. Algumas pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS desejam esse atendimento com clínicos do serviço privado, mesmo assim, nesses consultórios também são priorizadas a prescrição de medicações gratuitas.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês de intervenção, das 28 pessoas com hipertensão apenas 1 (3,6%) foi avaliada quanto a necessidade de atendimento odontológico. Das 6 pessoas com diabetes nenhuma foi avaliada quanto a necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, das 84 pessoas com hipertensão e das 26 pessoas com diabetes cadastradas, todas foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico e finalizamos o terceiro mês da mesma forma, com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes apresentando avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Nos primeiros meses de intervenção estavam em processo de adaptação da execução das ações e não tínhamos entendido que a avaliação da necessidade de atendimento odontológico poderia ser realizado pelo médico e/ou enfermeiro. Embora tenhamos conseguido avaliar as pessoas quanto a necessidade de atendimento odontológico no segundo e terceiro mês, e durante a consulta clínica tenhamos agendado a consulta com o dentista a 100% dos cadastrados, muitos não

conseguiram realizar o atendimento necessário, pois em nossa unidades o serviço odontológico é somente básico, e as pessoas não tinham recursos econômicos disponíveis para terminar o tratamento.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Para melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e diabetes ao programa, estabelecemos como meta a busca de todas as pessoas cadastradas que estavam faltosas. Quanto as pessoas com hipertensão, no primeiro mês foi possível a busca de 13 (81,3%) pessoas com hipertensão de 16 pessoas faltosas. No segundo mês conseguimos buscar todas as 6 pessoas faltosas, assim como no terceiro mês, onde as seis pessoas faltosas também foram buscadas, atingindo 100% da meta nos últimos dois meses. Quanto as pessoas com diabetes, no primeiro mês de intervenção das 5 pessoas faltosas, conseguimos realizar a busca de 4 (80%) pessoas. Nos últimos dois meses não tiveram pessoas com diabetes faltosas as consultas (figura 3).

O sucesso das nossas buscas ativas foi graças ao grande envolvimento das ACS que atuam na ESF e também aos líderes da comunidade, ambos se dedicaram integralmente para que as pessoas que estavam sendo acompanhadas seguissem o atendimento conforme solicitado pelo médico. Assim, semanalmente, durante as reuniões, agendávamos consultas e disponibilizávamos a lista de faltosos aos ACS, solicitando visita domiciliar para a mesma semana. Mesmo assim, apesar dessa busca, algumas pessoas permaneceram mais algumas semanas faltosas. Nesse caso, o médico foi acompanhado pela enfermeira fazer as visitas domiciliares, oferecendo o atendimento médico em casa para que os mesmos se conscientizassem da importância do acompanhamento clínico adequado. Após

essas medidas intensas, tivemos a agradável surpresa da não mais existência de faltosos entre os cadastrados.

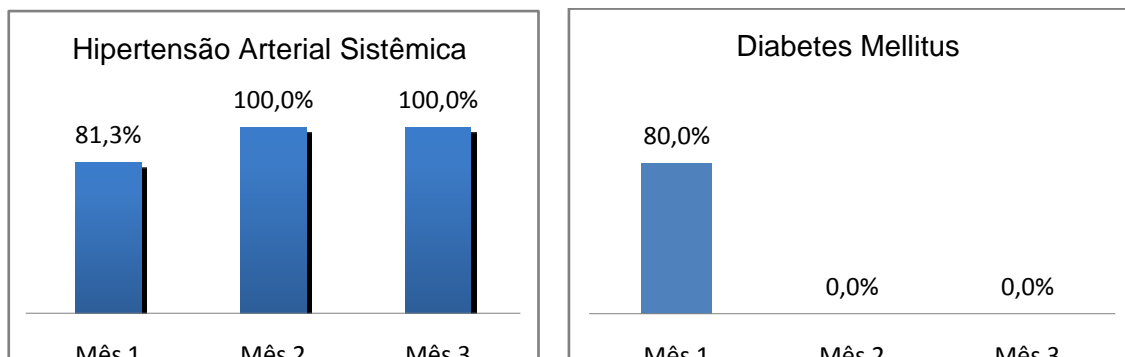


Figura 3. Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão e diabetes faltosas as consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

Além de todas as ações clínicas adotadas para a melhoria do atendimento a nossa população alvo, algumas ações práticas foram essenciais para a adequada avaliação do atendimento a cada pessoa, como é o caso do registro adequado de todas as informações referentes ao acompanhamento de cada pessoa com hipertensão e diabetes. Por esse motivo estabelecemos como meta que 100% dos cadastrados tivessem seus registros em dia. No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados tinham seus registros completos. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas com diabetes tinham seus registros completos, e no terceiro mês de intervenção todos as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes cadastradas estavam com seus registros adequados na ficha de acompanhamento.

Felizmente conseguimos cumprir 100% da nossa meta nos três meses de intervenção, pois nossa equipe estava capacitada para realizar os registros. Esse

resultado foi atingido também pelas constantes lembranças feitas por mim e pela enfermeira, atingindo nossa meta desejada.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados receberam estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas com diabetes também receberam estratificação de risco cardiovascular, e no terceiro mês de intervenção todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes encontravam-se estratificação de risco cardiovascular.

Durante as consultas todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram avaliadas para o risco cardiovascular. Realizamos exames clínicos conforme protocolo, muitas vezes a equipe auxiliou o médico durante o acolhimento, para realizar a medida de vários parâmetros, o que facilitou o cumprimento da meta.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados receberam orientação nutricional. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas com diabetes também

receberam orientação nutricional, e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes orientadas quanto a nutrição.

Essas orientações eram repassadas coletivamente e também durante as consultas individuais, sempre pela influência que a dieta tem no controle de ambas as patologias, hipertensão e diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física.. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas com diabetes também receberam orientação sobre prática regular de atividade física, e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes orientadas quanto a prática regular de atividade física.

As orientações foram repassadas durante as palestras, consultas médicas e de enfermagem e também durante as visitas dos ACS.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas

com diabetes também receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes orientadas quanto aos riscos do tabagismo.

As orientações foram repassadas durante as palestras, consultas médicas e de enfermagem e também durante as visitas dos ACS.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicadores 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicadores 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês de intervenção todas 28 pessoas com hipertensão e 6 pessoas com diabetes cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal. No segundo mês todas as 84 pessoas com hipertensão e 26 pessoas com diabetes também receberam orientação sobre higiene bucal, e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 131 pessoas com hipertensão e 35 pessoas com diabetes orientadas quanto higiene bucal.

Orientações sobre higiene bucal são fundamentais para todas as pessoas, com patologias crônicas, patologias agudas ou mesmo sadias. As orientações de saúde bucal eram realizadas pelo médico, e pelo dentista durante as consultas de cada profissional, e também pela técnica em saúde bucal, que participava das palestras que realizemos semanalmente, o que facilitou o cumprimento da meta.

4.2 Discussão

A intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na USF II de Passo do Sobrado/RS resultou na ampliação da cobertura dessa ação programática, como também a melhoria da qualidade dos registros, qualificação da atenção com destaque para a classificação de riscos, com a realização de um exame exaustivo, detectando assim algumas complicações como neuropatias periféricas, insuficiência arterial periférica e lesões renal insipiente, como também fomentou toda a equipe quanto a necessidades de novas práticas e auxiliou na atualização do

conhecimento dos trabalhadores de saúde, para melhor acompanhar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Houve uma análise situacional e conscientização da necessidade de mudanças nas práticas profissionais, em busca da melhoria no atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes, e as mudanças foram acontecendo gradativamente de maneira natural, até tornar-se rotina. As reuniões de equipe foram importantes para a atualização do protocolo, para discussões dos casos clínicos e também para o esclarecimento de dúvidas que foram surgindo durante a intervenção. A intervenção impactou positivamente na equipe, promoveu a realização de trabalho integrado do médico, da enfermeira, dos técnicos de enfermagem e da recepcionista e dos ACS. A intervenção permitiu a organização do trabalho de forma mais acertada, fazendo com que cada profissional saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde, possibilitando aos cadastrados a priorização do atendimento as pessoas de alto risco.

A intervenção também foi importante para o serviço, pois a unidade teve que ser organizada para realizar as ações necessárias a fim de melhorar os dados estatísticos e também a participação das pessoas com hipertensão e diabetes no programa, como também fortalecer a adesão à terapêutica adequada, diminuindo as complicações e possíveis internações, contribuindo com os gastos na saúde pública.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas as pessoas cadastradas no programa demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém, gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Esse comportamento evidenciou a necessidade de maiores esclarecimentos sobre o programa, principalmente na sala de espera. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas pessoas acometidas pela hipertensão e pelo diabetes que ainda não fazem parte do programa, mas com a continuidade das ações, pretendemos melhorar nosso indicador de cobertura e atingir 100% de cobertura ao longo do ano. Acreditamos que a comunidade tenha se beneficiado com a intervenção, pois aumentou seu conhecimento sobre as duas doenças, os riscos, a importância do tratamento medicamentoso, como também das ações de promoção da saúde.

Se a intervenção iniciasse hoje e o médico da equipe tivesse um tempo maior na carga hora, poderíamos desenvolver mais ações na comunidade, aumentando o vínculo serviço/comunidade, promovendo mudanças no estilo de vida da população, através de palestras com rodas de conversa, ensinando, ouvindo, compartilhando experiências e orientações destinadas a prevenção e promoção de saúde. Também insistiríamos na inclusão de outras unidades não governamentais em nosso projeto.

Agora que finalizamos a intervenção, percebemos que a equipe está integrada, as ações já fazem parte da rotina do serviço, mas ainda merece procurar mecanismos para que seja realizado a manutenção e seguimento das ações, para isto, devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e do gestor municipal em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Enfim, tomando como exemplo a experiência o projeto anterior, também pretendemos implementar melhorias no programa de Pre-Natal e Puerpério da USF. Também pretendemos falar com gestor municipal para que fique como um programa priorizado de saúde dando o valor e reconhecimento que merece para que se mantenha o logrado.

5 Relatório da intervenção para gestores

Com já é sabido, pertencço ao Programa Mais Médico, e como atividade do curso de Especialização em Saúde da Família, foi analisada a situação da UBS, quanto a estrutura física, bens de consumo, processo de trabalho e ações programáticas desenvolvidas no serviço. Através dessa análise foi organizada uma intervenção focada na melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O motivo de a escolha recair sobre esse foco, se deveu ao fato de que essa população representa grande parte da demanda da ESF, e que a equipe não seguia adequadamente um protocolo que viesse a garantir um adequado atendimento a esse grupopopulacional.

Depois de realizada a definição da intervenção, foram traçadas metas para atrair essa demanda populacional para a unidade de saúde, e foram realizadas várias ações nos eixos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Estratégias foram pensadas e as buscas das pessoas já diagnosticadas com hipertensão e diabetes foram realizadas, contando com a participação primordial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também realizaram a identificação de algumas pessoas com risco de hipertensão e diabetes, encaminhando todos a UBS para que fossem avaliados clinicamente e cadastrados no programa da UBS.

Todos os profissionais da UBS foram capacitados quanto a hipertensão e diabetes, seguindo um padrão de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Entramos em contato com alguns líderes comunitários, para que fossem parceiros, divulgando nossa intervenção e sendo multiplicadores de informações importantes para a prevenção, promoção e manutenção da saúde. Organizamos o

serviço de forma que a intervenção não prejudicasse os atendimentos de demanda espontânea e outras ações programáticas também desenvolvidas na UBS.

Estima-se que haja na área de abrangência da UBS 456 pessoas com hipertensão e 113 pessoas com diabetes, sendo que, nas 12 semanas de intervenção, conseguimos cadastrar 131 pessoas com hipertensão (28.7%) e 35 pessoas com diabetes (31%). As pessoas foram cadastradas na medida em que realizavam suas consultas (médica ou de enfermagem), recebiam exame clínico e exames complementares apropriados, estratificação de risco cardiovascular. A equipe conseguiu registrar com qualidade todas as ações realizadas, organizando e otimizando a ficha clínica tornando-a de fácil acesso a todos os profissionais do serviço. Foi priorizada a prescrição de medicamentos encontrados na farmácia popular, bem como foram orientados quanto aos benefícios de manterem uma dieta saudável e equilibrada, a realização de atividades físicas regulares, e a cerca de medidas básicas de higiene bucal.

A comunidade participou dos encontros de educação em saúde, as lideranças comunitárias contribuíram na divulgação da intervenção e hoje referem interesse de que as ações sejam continuadas.

A gestão também teve participação na intervenção, porém de forma razoável, pois em alguns momentos houve a falta da ficha espelho e também do transporte até as comunidades. Embora isso não tenha impedido a realização do trabalho, foi um dos entraves sofridos pela equipe, sendo assim, gostaríamos que a gestão se envolvesse um pouco mais em nossas ações, de forma a garantir que as ações tenham continuidade, com a disponibilidade de todo o material necessário.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, mas ainda é necessária a manutenção do comprometimento dos profissionais da UBS e do gestor para que todas as pessoas com hipertensão e diabetes sejam acompanhadas na UBS, e que outras ações programáticas recebam intervenção em busca da melhoria da saúde das pessoas acompanhadas em nosso serviço.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A comunidade já deve ter percebido que a ESF II possui no seu quadro de profissionais um médico vinculado ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Para este médico atuar na unidade de saúde, precisou realizar uma Especialização em Saúde da Família, e como tarefa do curso realizou junto de toda a equipe uma análise da situação geral da UBS, incluindo estrutura física, materiais e equipamentos disponibilizados no serviço, processo de trabalho, ações programáticas desenvolvidas, entre outros.

Após análise dos programas desenvolvidos na ESF, a equipe percebeu que a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes poderia ser melhorada, pois poucas pessoas com essas doenças estavam sendo acompanhadas com qualidade na unidade de saúde. Assim, a equipe se reuniu, pensou, discutiu e colocou no papel várias ações que poderiam ser realizadas de forma a aumentar o número de pessoas com essas duas doenças acompanhadas na UBS, e melhorar a qualidade do atendimento e conseqüentemente a qualidade de vida dessas pessoas. Sendo assim, iniciamos a intervenção no programa de hipertensão e diabetes da unidade de saúde, que teve a duração de 12 semanas.

Iniciamos a intervenção capacitando todos os profissionais da UBS quanto a hipertensão e diabetes, para que todos pudessem seguir um padrão de atendimento. Entramos em contato com alguns líderes comunitários, para que fossem parceiros nessas ações, divulgando nossa intervenção e sendo multiplicadores de informações importantes para a prevenção, promoção e manutenção da saúde. Organizamos o serviço de forma que a intervenção não prejudicasse os atendimentos de demanda espontânea e outras ações programáticas também desenvolvidas na UBS.

Os ACS ajudaram na identificação de algumas pessoas com risco de hipertensão e diabetes e na busca de pessoas que já estavam diagnosticadas com essas doenças, encaminhando todos a UBS para que fossem avaliados clinicamente e cadastrados no programa da UBS. As pessoas que buscavam espontaneamente o serviço também foram rastreadas para essas duas doenças. As pessoas cadastradas recebiam exame clínico e exames complementares apropriados, estratificação de risco cardiovascular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, prescrição de medicamentos da farmácia popular, registro adequado na ficha de acompanhamento.

Orientações individuais e coletivas foram realizadas, o trabalho na comunidade foi bem aceito, realizamos em torno de 12 encontros com diversos profissionais da área da saúde e 9 atividades em grupo, onde discutimos o tema alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Podemos concluir que as ações contribuíram para o aumento do número pessoas cadastradas, e a melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS, e que dentro das possibilidades dos profissionais de saúde, todas as ações foram desenvolvidas, mesmo que parcialmente, como o caso da realização dos exames complementares, e para que essas ações sejam mantidas, necessitamos da continuidade do apoio da comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso e conheci a proposta pedagógica, achei que não iria dar certo, já que não contava com o apoio de ninguém. Conversei com a enfermeira da minha ESF e ela despertou meu interesse de buscar novas estratégias de saúde para conseguir um melhor atendimento para as pessoas com diabetes e hipertensão e evitar as grandes complicações envolvidas nessas doenças, melhorar a qualidade de vida e integrá-los novamente a sociedade para os que estavam afastados das atividades. Com o tempo fui ganhando confiança e hoje, graças a Deus, conto com grandes amigos e a cada dia fui conhecendo a forma do ensino a distância, onde podemos interagir com colegas de outros municípios, com nossos orientadores, que são de muita ajuda, porque sem a paciência e ajuda deles acredita que ninguém conseguiria seguir os passos e realizar as tarefas que a universidade a distância exige.

Com este processo de aprendizagem foi possível conhecer a realidade de outros municípios, qualificar a nossa prática clínica, conhecer a real situação do nosso serviço, planejar novas ações, fortalecer os laços entre os profissionais da equipe, intervir nos problemas, modificar as práticas, fazendo com que as ações passassem a fazer parte da rotina diária da unidade de saúde. Tudo isso nos ajuda a levar adiante os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Esses aprendizados foram importantes, pois possibilitaram uma análise crítica e reflexiva sobre a repercussão do papel da educação em saúde dos profissionais junto ao indivíduo, à família e à comunidade, na busca de mudanças comportamentais, que resultem na promoção da saúde. Em relação às pessoas com hipertensão e diabetes, as ações dos profissionais de saúde tornam-se

importantes na condução dos indivíduos à adesão às condutas de controle desse agravo, e preventivas das complicações, melhorando a saúde desses indivíduos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 15 – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde.. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Apêndices

Apêndice A - Fotos

Atividade física dos grupos de hipertensos e diabéticos, micro área Cerra da Boa Esperança - Passo do Sobrado.



Palestra da Nutricionista sobre alimentação em hipertensos e diabéticos, na micro área Potreiro grande - Passo do Sobrado.



Atividade física com grupo de hipertensos e diabéticos, micro área Passo da Mangueira - Passo do Sobrado.



Equipe Unidade Básica de Saúde de Passo do Sobrado.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	456	→	Considere o total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, independente se Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	113	→	Considere o total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS, independente se fr Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Pessoas com hipertensão	Mês 1	Mês 2	Mês 3		OBSERVAÇÕES
Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	28	84	131	→	Considere as pessoas que tem APENAS hipertensão e são residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa na UBS. Você pode obter contando as fichas de pessoas com hipertensão / fichas espelho / fichas so
Pessoas com diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3	→	
Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da	6	26	35	→	Considere as pessoas que tem APENAS pessoas com diabetes residentes r abrangência da UBS que frequentam o Programa na UBS.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1																		
Judico para Color	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	Todas as medicações prescritas são da Farmácia Popular?	O usuário foi avaliado quanto à adesão ao tratamento farmacológico?	O usuário está fazendo o controle de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o usuário com o protocolo?	O usuário está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A avaliação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O usuário recebe orientação nutricional?	O usuário recebe orientação sobre prática regular de atividade física?	O usuário recebe orientação sobre o risco de tabagismo?
Orientações de prevenção	de 1 a 10 o total de usuários cadastrados	Nome	Em caso	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	682																	
2	683																	
3	684																	
4	685																	
5	686																	
6	687																	
7	688																	
8	689																	
9	690																	
10	691																	
11	692																	
12	693																	
13	694																	
14	695																	
15	696																	
16	697																	
17	698																	
18	699																	
19	700																	
Soma estatística				28	6	31	0	1	31	51	2	19	15	32	32	32	32	45
PESSOAS COM HIPERTENSÃO				28	6	31	0	1	31	51	2	19	15	32	32	32	32	45
PESSOAS COM DIABETES				6	6	0	0	6	6	0	5	4	6	6	6	6	6	6



Anexo C-Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible]

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma						
Hematócrito						
Hemoglobina						
VCM						
CHCM						
Plaquetas						



CONSULTA CLÍNICA

[illegible]

Anexo D-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante